

## **HOOFSTUK 1**

### ***INLEIDENDE HOOFSTUK: ALGEMENE ORIËNTERING VAN DIE STUDIE.***

#### **1.1 INLEIDING**

Hospitalisasie en siekte was deur die jare heen, en is steeds, 'n aspek wat vrees en spanning vir 'n kind impliseer. Baie navorsing is reeds oor die laaste vyftig jaar gedoen aangaande die negatiewe effek van hospitalisasie op die kleuter onder ses jaar. (Vergelyk Klinzing & Klinzing, 1977:6; Derrick, Bachman & Parker, 1982:35 en Muller, Harris, Wattley & Taylor, 1992:100.) Hierdie jong kind word op verskeie wyses, emosioneel negatief geaffekteer wanneer skeiding van sy ouers plaasvind. Soos Graham (in Orr, 1992:6) dit stel "...if you take away a sick child from its parents...you break its heart immediately...".

Spel word as een van die kragtigste en effektiefste wyses van spanningvermindering vir kinders beskryf. Psigoanaliste stipuleer dat spel 'n wyse is waardeur 'n kind onaangename ondervindinge kan uitspeel, en dus die negatiewe sielkundige impak van hospitalisasie verminder (Hart, Mather, Slack & Powell, 1992:2). Spel as 'n natuurlike vorm van interaksie met die kind, en kritiek vir elke kind se funksionering en ontwikkeling, kan dus 'n wesenlike verskil maak aan die belewenis wat 'n kind van hospitalisasie besit.

Hierdie navorsingsprojek het beoog om te fokus op voorbereiding in die kind se hospitaalervaring, deur middel van spelterapeutiese intervensies. Optimale sorg, en voorbereiding op hospitalisasie, van siek kinders, sluit meer in as net voldoening aan hulle fisieke behoeftes; veral ook die psigososiale behoeftes wat 'n kind koester mag nie agterweë gelaat word nie. Ondersteuning en voorbereiding van sowel die kind as die

ouers vorm 'n integrale komponent van die gesondheidsorgproses. Terapeutiese aktiwiteite met die kind wat gehospitaliseer gaan word, kan volgens die oogmerk van hierdie navorsingstudie dus daartoe bydra om vrees te verlig, selfagting te verhoog, die mediese opset en prosedures aan die kind bekend te stel, asook om in die kind se fisieke, emosionele, sielkundige en psigososiale behoeftes te voorsien.

## 1.2 MOTIVERING VIR DIE KEUSE VAN DIE ONDERWERP

Die effek van hospitalisasie ondervindinge op kinders, word deur die meeste professionele persone as traumaties gesien. Vanuit navorsing wat reeds voor 1965 deur Vernon, Foley, Sipowicz en Schulman (in Hart *et al.*, 1992:2) hersien is, is bevind dat emosionele trauma algemeen voorgekom het by kinders wat gehospitaliseer is, en steeds voortgeduur het na ontslag. Cross (in Muller *et al.*, 1992:87) het vanuit navorsing bevind dat ten minste 54% van jong kinders problematiese gedragsprobleme vertoon na hospitalisasie. Hierdie persentasie op sigself kom nie oorweldigend voor nie, maar dit impliseer in werklikheid dat elke tweede kind uitreagerende gedrag na hospitalisasie openbaar. Dit is duidelik vanuit die literatuur dat kinders 'n verskeidenheid reaksies op hospitalisasie kan vertoon, wat hoofsaaklik in die volgende groeperings val:

- **OVERTE/AKTIEWE REAKSIES:** Hierdie reaksies sluit onder meer die volgende gedrag in: huilerigheid, vasklou aan ouers, onwilligheid om mediese behandeling te ontvang, verzet teen medikasie, destruktiewe gedrag, gedragsprobleme, vrees vir dood, irritasie, skreeu, veranderde slaappatrone, angstige gedrag soos skeiding, gewelddadigheid, ontwrigtende gedrag, ongeduld, stel van eise, woede, hiperaktiwiteit, frustrasie, aggressie, oormatige skaamheid, onverskilligheid, verhoogde polsslag, sowel as verhoogde bloeddruk as koors. (Vergelyk Hart *et al.*, 1992:10; Klinzing & Klinzing, 1977:4; Muller *et al.*, 1992:87; Tuma, 1982:48 en van der Mescht, 1995:31.)

- **PASSIEWE REAKSIES:** Reaksies in die vorm van passiewe gedrag kom voor as: oormatige slaap, weiering om te eet of drink, passiewe gedrag, onttrekking, verminderde kommunikasie en interaksie met ander, depressie, sosiale onttrekking, belewenisse van wanhoop en hulpeloosheid, teruggetrokkenheid, en 'n apatiese houding. (Vergelyk Hart *et al.*, 1992:10; Klinzing & Klinzing, 1977:4; Tuma, 1982:49 en van der Mescht, 1995:31.)
- **REGRESSIEWE REAKSIES:** Gedragsveranderinge soos gedragsuitvalle (tantrums), leerprobleme, fobies, wisselende woedebuie, enuresis, enkoprese, hernude totale afhanklikheid, byt van naels, wieg van liggaam, duimsuig, kruip, nagmerries, onrealistiese vrese vir die dood en fantasieë, onbevoegdheid om basiese funksies van loop, praat en self eet en aantrek uit te voer, totale onttrekkingsgedrag, skeidingsangs, onrealistiese skaamheid, kermrigheid, behoefte om bottel en fopspeen te drink, verlies aan selfkontrole soos toiletgewoontes, verswakte intellektuele funksies, selfbewustheid, onbeheerste aggressie asook regressie na minder komplekse gebruik van spelpatrone en speelgoed. (Vergelyk Hart *et al.*, 1992:10; Klinzing & Klinzing, 1977:4; Muller *et al.*, 1992:87; Orr, 1992:78, 80; Tuma, 1982:47, 49 en van der Mescht, 1995:30-32.)

### 1.2.1 Faktore wat kinders se reaksies op hospitalisasie beïnvloed

- **Vorige ondervinding van skeiding van ouers:** Onmiddellike en langtermyn emosionele trauma en versteurings kan manifesteer by die kind wat vanweë hospitalisasie van sy ouers geskei word, aldus Orr (1992:77).
- **Ouderdom:** Volgens Klinzing & Klinzing (1977:6) is die meeste navorsing dit eens dat kinders onder die ouderdom van 5 jaar emosioneel meer kwesbaar, as ouer kinders is vir spanning vanweë hospitalisasie. Die redes wat hiervoor aangevoer word is skeidingsangs, jong kinders se sensitiwiteit vir pyn, onvolledige realiteitsbegrip wat tot onrealistiese fantasieë aanleiding gee, en onvermoëns om vrees te verplaas.

- **Begrip van hospitalisasie en mediese prosedures:** Kinders se leemte aan begrip van siekte, hospitalisasie en hospitaalprosedures dra by tot negatiewe emosionele reaksies op hospitalisasie. Siekte word as straf vir wangedrag geïnterpreteer, terwyl hospitaalprosedures as vyandige, verminkende aksies gesien word. Waar voorbereiding gedoen is, is minder angs, emosionele ontwrigting, en negatiewe gedrag by kinders gerapporteer as by kinders wat nie voorberei is nie. Ouers wat voorberei en ondersteun is, het ook groter satisfaksie en minder angs gerapporteer, as ouers wat nie voorbereiding ontvang het nie (Klinzing & Klinzing, 1977:6).
- **Vorige ondervindinge van hospitalisasie:** Klinzing & Klinzing (1977:8) en Hart *et al.*, (1992:10) is dit eens dat 'n kind se vorige negatiewe hospitaalondervindinge 'n direkte invloed op die belewenis van toekomstige hospitalisasie het. 'n Verdere aspek van vorige ondervindinge van hospitalisasie, volgens Muller *et al.*, (1992:67), is die simptome wat die kind net voor hospitalisasie getoon het.
- **Kind se intelligensie en ontwikkelingsvlak:** Volgens van der Mescht (1995:34) is 'n kind se intelligensie 'n bepalende faktor vir hoe hy <sup>1</sup> in staat is om sy situasie te interpreteer en hanteer. Begrip vir die ondervinding en hoe hy sy probleme gaan hanteer, berus ook op intelligensie. Orr (1992:68) stem saam dat 'n kind se reaksie op spanning van sy ontwikkelingsvlak en intelligensie afhang. 'n Kind se hanteringsvaardighede word beperk deur sowel sy vlak van taal- en kognitiewe ontwikkeling, as deur 'n gebrek aan lewensondervinding.
- **Liggaamlike versteurings en verminking:** die vrees vir liggaamlike veranderinge is 'n spanningsvolle aspek van hospitalisasie vir die jong kind. Aangesien die kleuter nog nie 'n volledige konsep van sy liggaamsbeeld ontwikkel het nie, bedreig enige inmenging met sy liggaamlike ruimte (operasies, inspuitings, ensomeer) sy selfintegriteit en selfbeeld. Hospitalisasie en siekte het 'n geweldige invloed op die kleuter se liggaamsbeeld, en beïnvloed sy emosionele en psigologiese funksionering (Rae soos aangehaal in Orr, 1992:72).

<sup>1</sup> Vir praktiese doeleindes sal daar deurlopend in die studie van hy gepraat word, met verwysing na beide geslagte.

### 1.2.2 Die noodsaaklikheid van voorbereiding op hospitalisasie

Vanuit die voorafgaande blyk die vooruitsig en impak van 'n hospitaalbelewenis vir 'n kind duidelik destruktief van aard te wees. Ongeag positiewe resultate wat deur mediese prosedures verteenwoordig word, impliseer dit vir die kind en sy gesin 'n onbekende en angsvolle vooruitsig. Derrick *et al.*, (1982:34) is van mening dat hospitaalopnames nie alleenlik vir kinders vrees inboesem nie, maar ook vir die ouers. Die ouers beleef dieselfde mate van spanning en angs wanneer hulle kind siek word. Volgens Patrillo & Sanger (1980:91) word hierdie mening ondersteun, en ag hulle dit kritiek om ouers ook by voorbereiding te betrek. Die konflik wat vir die kind ontstaan as gevolg van "seermaak terwyl hulp verleen word" is 'n moeilike konsep om te begryp. Hierdie konflik kan egter volgens Droske & Francis (1981:3) hanteer word deur voorbereiding op prosedures te doen. Die navorser ondersteun laasgenoemde outeurs, en is egter van mening dat, met die nodige voorbereiding, die negatiewe elemente van hospitalisasie se invloed op die jong kind geminimaliseer kan word. Voorbereiding verleën aan die kind 'n gevoel van gerusstelling en kalmte. Deur middel van voorbereiding is die terapeut daartoe in staat, om belangrike inligting te bekom wat die kind se gesondheid en herstel kan bevorder. Wanneer emosionele ondersteuning aan die kind en sy gesin verskaf word, word hulle ook gelei om die moeilike ondervinding te hanteer en bemeester. Voorbereiding verseker dat voordele van die mediese prosedure maksimaal ontgin kan word, terwyl die kind emosioneel en fisies deur die mediese versorging onderskraag word. Van der Mescht (1995:31) ag dit van kardinale belang dat 'n kleuter met die vooruitsig van hospitalisasie, geleentheid sal kry ter voorbereiding om sy emosies en spanning te verbaliseer of deur spel uit te druk. Dit bied geleentheid om homself binne sy situasie in perspektief te plaas en om interne konflikte op te los. Droske en Francis (1981:14) meen dat ten spyte daarvan dat voorbereiding vertrou, begrip en bemeestering daarstel, dit egter onrealisties is om te verwag dat spanning en angs van diagnostiese prosedures, algeheel uitgeskakel kan word. Dit is meer realisties dat die terapeut en mediese personeel die kind ondersteun, om hierdie spanningsvolle ondervinding van die prosedure suksesvol te hanteer. Voorbereiding op hospitalisasie bied dus 'n geleentheid

om die kind te begelei om ook toekomstige spanningsvolle ondervindinge in sy totale leefwêreld van skool, huis en gemeenskap beter te hanteer.

Wanneer voorbereiding van die kind op hospitalisasie suksesvol onderneem wil word, is 'n kind se ontwikkelingsfase en ouderdom aldus Derrick *et al.*, (1982:34) kardinale aspekte om hierby in gedagte te hou. Kinders in die ouderdomsgroep tussen vier en sewe jaar, beskik oor meer ondervinding as kinders in hulle babajare, en dit kan benut word tydens voorbereiding. Alhoewel die kind se taalontwikkeling gevorder het tot op 'n punt waar hy in staat is om denke in sinne uit te spreek, is die gemak waarmee dit gedoen word ver van optimaal ontwikkel (Derrick, *et al.*, 1982:35). Dit is volgens Muller *et al.*, (1992:100) so dat die jong kleuter se kognitiewe ontwikkeling nog te beperk is om die volle omvang van hospitalisasie self te begryp, en daarom is voorbereiding van kardinale belang.

### 1.2.3 Die waarde van spel in voorbereiding op hospitalisasie

- Spel in voorbereiding op hospitalisasie, voorsien 'n geleentheid vir die kind tot konsentrasie, asook om te skep en te beplan volgens individuele behoeftes wat tot intellektuele ontwikkeling bydra. (Vergelyk Muller *et al.*, 1992:110 en Derrick *et al.*, 1982:36.)
- Kinders wat aanpassingsprobleme ervaar by die vooruitsig van hospitalisasie, kan deur middel van spel sowel 'n kanaal vir uitdrukking van emosies ervaar, as die beleving van sukses. Selfontdekking kan plaasvind volgens Petrillo & Sanger (1980:159) en Derrick *et al.*, (1982:33), deurdat die kind deur spel gekonfronteer word om sy sterkpunte, leemtes, vaardighede en belangstellings te ontdek en te ontwikkel. Spel verskaf dus geleentheid vir 'n kind om gebeure op 'n gepaste wyse te hanteer, volgens sy ontwikkelingsvlak. Deur middel van spel kan 'n kind deur sy innerlike konflikte werk en dit integreer. Vyandige houdings, woede of frustrasie vanweë hospitalisasie, mag 'n kind hulpeloos laat voel om hierdie gevoelens te hanteer. Spel verskaf 'n veilige medium waardeur hierdie emosies dan gekanaliseer

kan word. Spel waar kinders die rolle van diere kan aanneem in gedramatiseerde spel, kan geleentheid bied om gevoelens van aggressie uit te speel, sonder dat dit ander beïnvloed.

- Hoewel hospitalisasie deur die meeste navorsing soos hierbo aangehaal as negatief op die kind bestempel word, hoef dit nie noodwendig altyd 'n geewe te wees nie. In plaas daarvan kan die kind gelei word om hospitalisasie te beskou as 'n geleentheid vir 'n voortgesette en besondere leerervaring, waar groei en bemeestering kan plaasvind. Spel is terapeuties vir kinders, aangesien dit 'n wyse verskaf waardeur die kind van sy omgewing kan leer. Spel werk angste teë, en rig die kind se denke weg van gebeure wat spanning kan veroorsaak, in die rigting van genot, ontspanning, en tevredenheid (Derrick *et al.*, 1982:35).
- Soos die kind deur middel van spel meer van sy eie liggaam en sy werking leer, ontwikkel hy ook 'n houding oor homself (Hart *et al.*, 1992:37). Aanvaarding van die eie liggaam is 'n baie belangrike doelstelling vir die kind wat met hospitalisasie gekonfronteer word.
- Angswekkende situasies soos hospitalisasie kan simbolies voorgestel en deurgewerk word, terwyl handhawingsmeganismes uitgetoets kan word. In fantasiespel kan die kind gevoelens uitdruk wat hy onder normale omstandighede nie mag, of kan uitdruk nie. Mediese spel, waar hospitaalklere en mediese toerusting benut word in die spel, kan vir die kind die angst en vreemdheid uit hospitalisasie uithaal. Die kind kan op hierdie wyse sy eie operasie of mediese behandeling uitspeel en gerusstelling daarvoor ervaar. Bekommernisse en onrealistiese vrese word verder op hierdie wyse die hoof gebied. (Vergelyk Muller *et al.*, 1992:110 en Orr, 1992:114.)

Vanuit die voorafgaande motivering van die onderwerp as keuse vir die navorsingstudie, is dit die navorsers se mening dat die negatiewe impak van hospitalisasie op die pre-primêre kleuter in 'n baie ernstige lig geag behoort te word. Dit is egter haar bevinding dat daar tans in Suid-Afrika nie genoegsaam ag geslaan word op hierdie wesenlike

probleem nie, en dat die erns daarvan in baie opsigte selfs oor die hoof gesien word. Daar is tot die gevolgtrekking gekom dat die Suid-Afrikaanse gemeenskap meer oor hierdie leemte in die bestaande gesondheidsorgstelsel ingelig behoort te word. Die probleem as sulks behoort ook na behore aangespreek te word in die vorm van die nodige voorbereiding van kinders op hospitalisasie. Die navorser is egter van mening dat laasgenoemde stappe nie suksesvol onderneem kan word, alvorens 'n deeglike navorsingstudie van hierdie aard geloods is nie.

### 1.3 PROBLEEMFORMULERING

Die wyse waarop kinders gebeur in die wêreld rondom hulle begryp, en hoe hulle siekte en hospitalisasie sien en verstaan, word beïnvloed deur hulle fase van ontwikkeling. Ernstige onderbrekings en problematiek wat in 'n fase van ontwikkeling beleef word, mag 'n negatiewe invloed uitoefen op optimale groei en bemeestering van take. Hospitalisasie en siekte kan gesien word as so 'n gebeurtenis wat 'n definitiewe negatiewe implikasie inhou vir die kind in sy vroeë kinderjare. Progressie na die volgende fase van ontwikkeling kan volgens Tuma (1982:28) ook verhoed word vanweë hierdie implikasies. Hoewel verskeie navorsers se opinies in wese van mekaar verskil oor hospitalisasie van kinders, is die meeste dit eens dat kinders met verloop van hulle verskillende fases van ontwikkeling, toenemend die aard en oorsaak verstaan. (Vergelyk Muller *et al.*, 1992:63; Hart *et al.*, 1992:3 en van der Mescht, 1995:40.) Voorskoolse kleuters se begripsvermoë van siekte, hospitalisasie en alle aspekte wat daarmee verband hou, word egter beperk vanweë hulle onvolledige kognitiewe ontwikkelingsvlakke. Hulle is ook as gevolg hiervan geneig om beskikbare inligting te verdraai, wat onrealistiese vrese en fantasieë tot gevolg het. Die jong kind mag as gevolg van sy swak persepsies aangaande sy liggaamsdele (intern en ekstern), onder die indruk verkeer dat hy alle liggaamsdele krities benodig om te bly lewe, asook dat sy vel sy bloed binne-in sy liggaam hou. Van der Mescht (1995:41) toon aan dat die verwydering van 'n kind se mangels, of 'n snywond, 'n kind dus kan laat glo dat hy besig is om te sterf. Dit impliseer onttrekking, isolasie, intense vrees, en selfs depressie by die kind. Dit blyk dat kinders eers na die ouderdom van 10 jaar bewus raak van die verband tussen siekte en



behandeling. Aangesien die kleuter se begrip en konsep van tyd nog nie na behore ontwikkel is nie, mag hy hospitalisasie as 'n eindelose pyniging ervaar (Hart *et al.*, 1992:3). Klinzing en Klinzing (1977:289) ondersteun laasgenoemde outeur se aanname daarin, dat hulle van mening is dat hospitalisasie vir die kleuter baie stres impliseer, aangesien hy nog nie 'n goeie begrip van afstand en tyd het nie, en dus gevolglik moeilik begryp waarom hy alleen by die hospitaal moet agterbly, terwyl sy mamma en pappa huis toe gaan. Die kleuter mag volgens van der Mescht (1995:40) selfs ervaar dat sy ouers hom verlaat het, en dat hy deur die hospitalisasie gestraf word vir iets wat hy verkeerd gedoen het.

Die trauma van skeiding van ouers en die kind se bekende omgewing vanweë hospitalisasie, is volgens Muller *et al.*, (1992:10) geweldig stremmend vir die kind om te verwerk. Na aanleiding van Wolff (in Orr, 1992:65) is siekte 'n universele oorsaak van spanning vir 'n kind, wat sy emosionele stabiliteit in gevaar stel, as gevolg van onbekende ondervindinge en persone waaraan hy blootgestel word. Wanneer 'n kind gehospitaliseer word, verruil hy letterlik sy familie, huis, vriende en bekende speelgoed vir 'n onbekende ongemak, wat vererger kan word deur die spanning van die onbekendheid waarmee hy gekonfronteer word. (Vergelyk Hart *et al.*, 1992:3, en Arnold soos aangehaal in van der Mescht, 1995:38.) Siekte en hospitalisasie ongeag van die duur daarvan, het volgens laasgenoemde outeur angstigheid en vrees tot gevolg, primêr vanweë skeiding van ouers. Aan die ander kant kan sosiale ondervindinge net voor die hospitalisasie, aldus Schaffer (in Muller *et al.*, 1992:10) aanleiding gee tot toenemende stresbeleving deur die kind. Dit wil dus voorkom asof hospitalisasie self, en skeiding as sodanig, nie die enigste faktore is wat spanning en ongemak vir die kind impliseer nie. Douglas (in Muller *et al.*, 1992:6) stel dit dat versteurde tieners, emosionele besering opgedoen het tydens hospitalisasie as jong kinders. Hy het bevind dat hoewel 'n enkele opname nie noodwendig altyd geassosieer kan word met verhoogde risiko vir jeugmisdaad nie, herhaalde en verlengde hospitalisasie wel 'n definitiewe faktor hier kan wees. Rutter (in Muller *et al.*, 1992:7) in teenstelling met Douglas, voer aan dat hospitalisasie geassosieer kan word met latere gedragsuitvalle, mits die eerste opname voor die ouderdom van 6 jaar geskied het. Dit is juis vir hierdie rede dat hierdie studie so

wesenlik belangrik is vir die pre-primêre kleuter jonger as 6 jaar, sodat daar met behulp van voorbereiding gepoog kan word om hierdie latere gedragsuitvalle te voorkom. Zager (in Orr, 1992:67) gaan verder as die huidige belewing van spanning deur die kind, en is van mening dat ook die uiteinde van hospitalisasie afhang van die voorafgaande faktore net voor opname. Sy gee dus te kenne dat hospitalisasie nie noodwendig beskou kan word as uitsluitlike faktor van slegte belewenisse en uitreagerende gedrag na afloop van ontslag, soos wat deur die voorafgaande outeurs beweer word nie.

“n Kleuter is gewoonlik baie aktief, en hospitalisasie bring beperking van sy mobiliteit mee (Klinzing & Klinzing, 1977:289). Hierdie skrywers meen gevolglik dat die beperkinge in sensoriese stimuli die kleuter alleen en verlore kan laat voel. Hart *et al.*, (1992:3) voer ter ondersteuning aan dat pynlike mediese prosedures die kind se beweeglikheid so kan inperk, dat hy hospitalisasie as uitsluitlik ongemaklik en neerdrakkend kan afmaak.

Na aanleiding van die voorafgaande probleemstelling kom die navorser tot die gevolgtrekking dat opname van ‘n kind voor die ouderdom van ses jaar nie net korttermyn-trauma impliseer nie, maar ook langtermyn-gedragsuitvalle, wat toekomstige optimale psigiese funksionering van die kind kan benadeel. As gevolg van sowel die pre-primêre kleuter se beperkte begripsvermoë van kognitiewe ontwikkeling, as sy leemte aan ervaring, beskik hy volgens die navorser nie oor die nodige vaardighede om sy ervaring van hospitalisasie kognitief te beredeneer en vry van angs te hanteer nie. Dit is dus die navorser se mening dat hierdie kleuter by uitstek voorbereiding op hospitalisasie benodig ten einde op sy belewenisse in die hospitaal te kan reageer vanuit vorige positiewe ondervindinge tydens terapeutiese sessies.

#### **1.4 DOELSTELLING EN DOELWITTE**

In die lig van die probleemformulering word daar vervolgens aandag gegee aan die doelstelling en doelwitte wat vir die studie vooropgestel was:

#### 1.4.1 Doelstelling:

- Om 'n voorbereidende intervensieprogram te ontwikkel, waar die pre-primêre kleuter deur middel van spelterapeutiese tegnieke voorberei word op hospitalisasie, ten einde vrees en angs van die ervaring te verminder.

#### 1.4.2 Doelwitte:

- Deur 'n teoretiese raamwerk daar te stel, met behulp van 'n literatuurstudie en gesprekke met kundiges oor die volgende aspekte:
  - die fisieke, emosionele en sielkundige impak van hospitalisasie op die pre-primêre kleuter;
  - die kind in die pre-primêre kleuterfase van ontwikkeling;
  - spelterapeutiese tegnieke en intervensiemoontlikhede ter voorbereiding.
- Deur 'n empiriese studie uit te voer met behulp van 'n voorbereidende intervensieprogram, oor die belewenisse wat die pre-primêre kleuter tydens hospitalisasie ervaar.
- Deur voorbereidende spelterapeutiese tegnieke en aktiwiteite te gebruik tydens
  - opname;
  - liggaamlike bewustheid;
  - selfbeeld;
  - selfuitdrukking;
  - spanningontlading, en
  - tegnieke vir mediese spel,
 ten einde die pre-primêre kind se kennis aangaande sy hospitalisasie te verhoog, en hom voor te berei om die belewenisse wat hy moontlik mag ervaar, suksesvol te hanteer.
- Deur die intervensie se impak op die kleuter se hospitaalbelewenis te assesser en te evalueer, deur van 'n gestruktureerde waarnemingsinstrument gebruik te maak as 'n natoets, by 'n eksperimentele sowel as 'n vergelykende groep.
- Deur aanbevelings te maak oor die invloed van spelterapeutiese intervensie op die pre-primêre kleuter se belewenis van hospitalisasie, ten einde 'n voorbereidingsprogram vir hospitalisasie beskikbaar te stel.

## 1.5 HIPOTESE VIR DIE STUDIE

‘n Hipotese kan volgens De Vos (1998:116) beskou word as “...statements about how things can be”. Hipotese formulering impliseer dus ‘n tentatiewe stelling oor die verhouding tussen twee of meer veranderlikes. Bless & Higson-Smith (1995:45) omskryf ‘n hipotese as “...a suggested answer to a problem”. Die HAT beskryf ‘n hipotese as:

1. Onbewese stelling wat moet dien as grondslag vir redenering; veronderstelling.
2. Voorlopige veronderstelling wat gebruik word om iets anders te bewys.
3. Ongegronde veronderstelling; gissing ...”

Die navorser ag die stel van ‘n hipotese voorts as ‘n tentatiewe voorspelling of stelling aangaande die verwagte uitkoms van ‘n navorsingstudie, deur ‘n voorlopige antwoord op ‘n probleemstelling te voorsien en die potensiële verhouding tussen die afhanklike en onafhanklike veranderlike te voorspel.

Die volgende hipotese is vir die doeleindes van hierdie studie geformuleer:

- Indien voorkomende terapeutiese spelaktiwiteite onderneem word met ‘n pre-primêre kleuter wat gehospitaliseer gaan word, sal:
  - hy verminderde angstigheidservare, asook
  - minder vrees,
  - wat aanleiding sal gee tot minder uitreagerende reaksies op hospitalisasie.

## 1.6 NAVORSINGSBENADERING

Die benadering of paradigma van ‘n navorsingsprojek verteenwoordig die perspektief wat die navorser tot die projek openbaar, en voorsien die breedste raamwerk waarvolgens die navorsingsprojek uitgevoer gaan word. Die benadering wat die navorser vir hierdie projek beoog het, was om ontoereikende reaksies en gedrag aan te spreek wat kleuters by hospitalisasie vertoon, deur ‘n speltherapeutiese program saam te stel en as ‘n voorkomende intervensie te loods, en te assesser.

Die navorser het gebruik gemaak van triangulasie, wat 'n kombinasie van die kwantitatiewe en kwalitatiewe benaderings impliseer. Volgens De Vos (1998:241) impliseer die kwalitatiewe benadering 'n anti-positivistiese, verklarende benadering wat ideografiese beredenering gebruik om menslike gedrag te begryp en te verstaan, asook die betekenis wat aan die alledaagse lewe gekoppel word. In teenstelling hiermee handhaaf die kwantitatiewe benadering 'n deduktiewe beredeneringstrategie, gebaseer op positivisme, wetenskaplike verduidelikings, objektiewe meting, voorspelling, en toetsing van die sosiale wêreld. Creswell se dominante-minder-dominante model (De Vos, (2002:366) is vir die doeleindes van hierdie navorsing benut, waar daar gebruik gemaak is van 'n dominante kwantitatiewe benadering van gestruktureerde waarneming tydens hospitalisasie, vir data-insameling, terwyl 'n kleiner komponent van kwalitatiewe meting benut is deur die gebruikmaking van veldnotas tydens terapeutiese intervensie sowel as onderhoude met ouers. Hierdie benadering blyk die mees aangewese benadering te wees, aangesien die intensiteit van uitreagerende gedrag, soos angstigheid en vrees, die meeste fokus ontvang, terwyl veldnotas (kwalitatiewe komponent) benut word om empiriese data verder te verryk en te verifieer.

## 1.7 SOORT NAVORSING

Die fokus van hierdie navorsingstudie was die oplos van 'n relevante praktykprobleem, deur 'n spesifieke voorkomende intervensieprogram te ontwikkel en op die probleem toe te pas, waarna die intervensie geëvalueer is. Vir die doeleindes van hierdie studie het die navorser dus gebruik gemaak van intervensienavorsing, wat volgens De Vos (2002:396) 'n spesifieke intervensiemissie openbaar, en wat gerig is op die ontwikkeling, toepassing en evaluering van innoverende intervensies in die praktyk.

Die stappe, soos in De Vos (2002:397-399) aangedui, is onder meer:

*Stap 1: Probleemanalise en projekbeplanning*

- *Identifiseer en betrek kliënte*
- *Verkry toegang tot die kliëntestelsel*
- *Identifiseer bekommernisse van die populasie*

- *Analiseer die geïdentifiseerde probleem*
- *Stel doelwitte en doelstellings saam*

*Stap 2: Versameling van inligting en ontwikkeling van 'n sintese*

- *Benut bestaande inligtingsbronne*
- *Bestudeer natuurlike voorbeelde*
- *Bestudeer funksionele elemente van suksesvolle modelle*

*Stap 3: Die ontwerp*

- *Ontwerp 'n waarnemingsinstrument*
- *Spesifiseer die prosedure-elemente van die intervensie*

*Stap 4: Vroeë ontwikkeling en voorstudie*

- *Ontwikkel 'n prototipe en 'n voorlopige intervensie*
- *Voer 'n voorstudie uit*
- *Pas die kriteria van die ontwerp op die voorlopige intervensie toe*

*Stap 5: Evaluasie en gevorderde ontwikkeling*

- *Selekteer 'n eksperimentele ontwerp*
- *Versamel en analiseer data*
- *Herhaal die intervensie in die veldondersoek*
- *Verfyn die intervensie*

*Stap 6: Verspreiding van intervensieproduk*

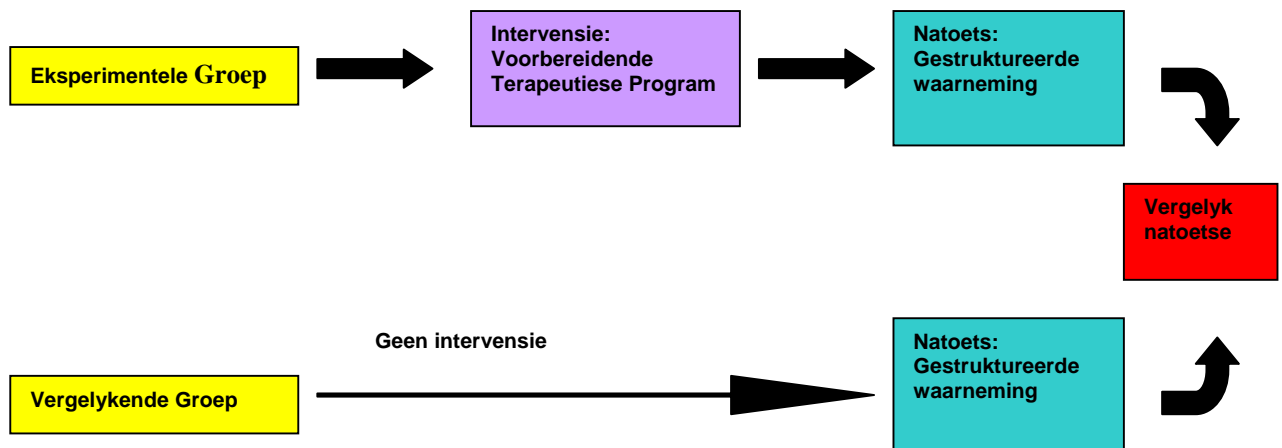
- *Berei die produk voor vir verspreiding*
- *Identifiseer 'n potensiële mark*
- *Ontwikkel 'n aanvraag vir die intervensie*
- *Moedig gepaste aanpassings aan*
- *Verskaf tegniese ondersteuning aan die persone wat die intervensie aanwend.*

Die tipe intervensienavorsing wat by uitstek geselekteer is as die geskikte keuse vir hierdie navorsing, word in De Vos (1998:11) intervensie-ontwerp en ontwikkeling (**D & D – design and development**) genoem, aangesien die navorsing gerig is op die **ontwerp en ontwikkeling van 'n voorbereidingsprogram**, ten einde die traumatiese reaksies van kleuters op hospitalisasie aan te spreek.

## 1.8 NAVORSINGSONTWERP

‘n Navorsingsontwerp kan volgens Bless & Higson-Smith (1995:63) omskryf word as die program waarvolgens die navorser feite versamel, analiseer en interpreteer ten einde die gestelde hipotese van die navorsingstudie te toets. Die navorser ag die navorsingsontwerp as die strategie of plan waarvolgens sy haar navorsing gaan uitvoer, vir data-insameling en vir toetsing van die gestelde hipotese.

In hierdie studie is ‘n Kwasi-eksperimentele ontwerp gebruik, wat hom van ‘n ware eksperimentele ontwerp onderskei, deurdat daar nie ewekansige toewysing van proefpersone tot eksperimentele of vergelykende groepe is nie (Babbie, 1992:352). Vir die doeleindes van hierdie navorsing is die vergelykende groep natoetsontwerp (Comparison group post-test design) gebruik, ten einde die rykste en mees betroubare moontlike vorm van data te bekom (De Vos, 1998:379). In hierdie navorsing is daar dus beoog om die studie van ‘n enkele onderwerp herhaaldelik te loods, om te bepaal watter effek ‘n voorbereidingsprogram sal hê op die reaksie van ‘n kind wat gehospitaliseer gaan word. Slegs die eksperimentele groep, en nie die vergelykende groep nie, het dus die terapeutiese intervensie ontvang, waarna daar met albei groepe dieselfde natoets (herhaalde meting) onderneem was, ten einde die effek van die intervensie te kon meet.



**Figuur 1: Vergelykende groep natoetsontwerp (Comparison group post-test design.)**

## 1.9 NAVORSINGSPROSEDURE EN WERKSWYSE

‘n Navorsingsprosedure word deur De Vos (1998:394) omskryf as: “...observing the problem and studying naturally occurring innovations and other prototypes, researchers can identify procedural elements for use in the intervention”. Soos reeds genoem was die navorsingsprojek daarmee gemoed om ‘n voorbereidende intervensieprogram te ontwikkel waar die pre-primêre kind deur spelterapeutiese tegnieke voorberei is op hospitalisasie, ten einde spanning en vrees te verminder. Die ses genoemde fases soos aangedui in punt 1.7 (vanuit De Vos, 2002:397-399), het die prosedure en werkswyse van die navorsingstudie bepaal en gerig, wat vervolgens in meer besonderhede bespreek sal word:

### 1.9.1 Probleemanalise en projekbeplanning

Vanuit die literatuurstudie het die volgende aspekte volgens die navorser as primêre probleemsituasies gemanifesteer:

- *Aangesien die kleuter se sielkundige, sosiale en intellektuele ontwikkeling hom nie altyd geredelik toelaat om onbekende gebeure vanuit sy realiteitswêreld te begryp en te hanteer nie, is voorbereiding op hospitalisasie kardinaal.*
- *Die jong kind se hanteringsvaardighede word beperk deur sowel sy vlak van taal- en kognitiewe ontwikkeling, as deur ‘n leemte aan lewensondervinding. Daarvandaan dan sy onvermoë om hospitalisasie en die onbekende belewenisse wat dit impliseer, na behore te verstaan en dienooreenkomstig te hanteer.*

Samewerking met, en toegang tot, die kindersorgeenheid van Pretoria-Oos Privaathospitaal, en spesifiek die belanghebbende personeel, hospitaaltoere en benutting van mediese instrumente tydens voorbereiding, is verkry met die hulp van Suster R. Kühne (Verpleegdiensbestuurder) en Moira Blignaut (Hoof van kindersorgeenheid). Respondente wat die kenmerkende eienskappe van proefpersone openbaar het, is vervolgens geïdentifiseer in samewerking met oor-neus-en-keel spesialiste wat betrokke is by Pretoria-Oos Privaathospitaal. Die bekommernisse en behoeftes wat die populasie



ervaar het, is geïdentifiseer en ontleed (literatuurstudie en vanuit praktyk), waarna die doelstellings en doelwitte vir die program vir intervensie (terapeutiese sessies) gestel is. Twintig respondente is betrek by die studie, waarin individuele terapeutiese sessies (reeks van nege sessies elk) benut is met slegs die eksperimentele groep, om die respondent se agtergrond, huidige gevoelens, gedagtes, gedragspatrone, en interaksies te kon bestudeer. Die volgende aspekte is in die werkswyse vervat:

- *Gesinsagtergrond*
- *Persoonlike inligting, en*
- *Presentering, deur die respondente, van problematiek van hospitalisasie en siekte.*

### **1.9.2 Versameling inligting en sintese**

‘n Soektog is deur die navorser geloods na bestaande inligting in Suid-Afrika aangaande voorbereiding van kinders op hospitalisasie. Geringe terugvoer is oor voorbereiding gekry, hoewel baie inligting reeds oor die hospitalisasie van kleuters in nasionale en internasionale bronne bestaan het. Daar was dus nasionaal baie beperkte programme en literatuur beskikbaar, en weens die aard van hierdie studie was daar geen toepaslike meetinstrumente beskikbaar nie. Die enigste voorbeeld van bestaande verbandhoudende voorbereidingsprogramme wat wel suksesvol tydens hospitalisasie geïmplementeer kan word, is in die Rooikruis kinderspitaal gevind .

### **1.9.3 Die ontwerp en strategie**

Die ontwerp word deur Thomas (in De Vos, 1998:392) geag as die beplande en sistematiese toepassing van relevante wetenskaplike, tegniese en praktiese inligting, ten einde intervensie te skep.

- ‘n Gestruktureerde waarnemingsinstrument (bylae 4) vir meting (natoets), is geskep vir observasie tydens hospitalisasie. Hierdie instrument is deur die navorser self ontwerp en benut met elke proefpersoon wat in die studie betrek is. Observasie van al

20 respondente is gedoen vir 'n konstante periode tydens opname in die hospitaal, sowel as vir die verloop van sewe dae na afloop van die operasie, om vas te stel of uitreagerende reaksies gepresenteer is. Die gestruktureerde meetinstrument is benut vir natoetsing van die volgende aspekte van die gestelde hipotese, deur herhaaldelike meting:

- *mate van angstigheid en vrees wat ervaar is;*
  - *mate van presentering van uitreagerende reaksies as aktiewe, passiewe en regressiewe reaksies tydens hospitalisasie.*
- Die herhaalde meting het plaasgevind vandat die respondent opgeneem is, tot en met ontslag. Daarna is dieselfde meting 24-uurliks gedoen, vir die duur van een week. Hierdie herhaalde meting het vir beide die eksperimentele groep en die vergelykende groep gegeld, as 'n natoets.
  - Die spesifisering van elemente van prosedures wat tydens terapeutiese sessies gevolg is, het plaasgevind deur middel van hulpmiddels en tegnieke wat benut is, soos aggressiespel met klei, mediese spel met hospitaalapparate, ensomeer.
  - 'n Waarnemingsinstrument is so ontwerp dat, die pre-primêre kind se gedrag en reaksies jeens hospitalisasie toepaslik waarneem kon word, die omvang daarvan se intensiteit en interval bepaal kon word, sowel as om die impak van die intervensie te kon vasstel.
  - Vir die kwalitatiewe studie is gebruik gemaak van 'n fenomenologiese strategie (De Vos, 2002:273). Deur hierdie strategie poog die navorser (in haar rol as terapeut), om haarself tydens terapeutiese sessies in die kleuter se skoene te plaas. Op hierdie wyse kan die betekenis wat kleuters aan hulle lewens gee, verstaan en geïnterpreteer word, ten einde 'n beskrywing van die essensie van die ervaring weer te gee. Data word geanaliseer, ten einde sentrale temas binne die konteks van die navorsingstudie te beskryf.

#### 1.9.4 Vroeë ontwikkeling en voorstudie

Hierdie fase was funksioneel vir die ontwikkeling van 'n eenvoudige ontwerp wat in 'n toetsbare vorm in die veld geëvalueer kan word (De Vos, 1998:395).

- 'n Prototipe program is saamgestel vir die ontwikkeling van doelstellings, doelwitte, inhoud van dit wat tydens die voorstudie getoets is, en die benutting van tegnieke en mediums is tydens sessies getoets.
- 'n Voortoets is geloods met twee van die respondente wat nie in die hoofstudie betrek is nie, sowel as met hulle ouers, ten einde die effektiwiteit en bruikbaarheid te kon bepaal van die gestruktureerde waarnemingsinstrument (bylae 4) asook van terapeutiese sessies. Die voortoets wys kritieke elemente uit van uitvoerbaarheid van die studie, tydsduur, verstaanbaarheid en effektiwiteit van die terapeutiese sessies en waarnemingsinstrument. Dit het duidelik uit die voortoets geblyk dat sekere van die intervensies nie die kind se aandag gehou het nie, en die voortoets is gewysig ooreenkomstig die kinders en ouers se insette. Sessies wat 'n hoë emosionele inslag gehad het, is verkort vir die kinders se gerief. Die sessie van mediese spel en die hospitaaltoer is eenstemmig deur die kinders geag as die mees waardevolle voorbereiding. Ander minder ernstige wysigings kon ook aan die program aangebring word, op grond van assessering deur middel van die voortoets. Die voorbereiding van ouers is as van onskatbare waarde geag, en is as noodsaaklik beskou deur ouers wat betrokke was by die voortoets. Die waarnemingsinstrument is verder getoets ten einde die duidelikheid, toepaslikheid en waarde daarvan te evalueer, waarna daar waardevolle wysigings aangebring is. Evaluasie na die voortoets het aanleiding gegee tot noodsaaklike aanpassings en wysigings aan die intervensieprogram, op grond van terugvoer van die respondente, met die doel om die finale produk te skep wat toegepas sou kon word.

### 1.9.5 Evaluasie en gevorderde ontwikkeling

Volgens De Vos (1998:397) bestaan daar vier kritieke stappe wat die navorser tydens hierdie fase moes onderneem, naamlik:

- Die keuse van 'n eksperimentele ontwerp: Kwasi-eksperimentele ontwerp, naamlik die Natoetsontwerp vir die Vergelykende Groep (Comparison group post-test design) is in hierdie studie benut.
- Die keuses van data-insameling en ontleding. Vir die doeleindes van hierdie studie is gestruktureerde waarneming as natuurlike waarneming gebruik, aangesien gedragspatrone vanuit die studie beskryf wou word. Data-insameling is gemeet met behulp van 'n gestruktureerde waarnemingsinstrument (as natoets), wat bepaalde gedragspatrone insluit het wat uit die literatuur omskryf is, (verwys na punt 1.2, naamlik overte, passiewe en regressiewe reaksies). Die natoets is met beide eksperimentele groepe as vergelykende groepe onderneem.
- 'n Reeks van nege terapeutiese sessies is gedoen met tien respondente van die eksperimentele groep. Veldnotas tydens terapeutiese intervensie, asook aanvanklike onderhoudvoering met die kinders en hulle ouers, is ook benut om data te verryk en verifiëer.
- Herhaling van die intervensie in die navorsingsveld: voorbereidende terapeutiese sessies, wat deel van die hoofstudie uitmaak, is onderneem met tien gehospitaliseerde kleuters (eksperimentele groep).
- Verfyning van die intervensieprogram is gedoen waar dit van toepassing was.
- Die resultate van die natoets is gebruik om die impak van die intervensie te bepaal.
- In die konteks van hierdie studie het die navorser deurentyd bewus gebly van die rol wat tussenveranderlikes speel, om 'n moontlike invloed op navorsingsresultate te kon hê. Moontlike tussenveranderlikes vir hierdie studie het onder meer die volgende ingesluit:
  - *ouderdom*
  - *geslag*
  - *aantal kere gehospitaliseer*
  - *duur van hospitalisasie*

- *aard en erns van siekte of hospitalisasie*
- *faktore wat hospitalisasie voorafgaan*
- *vorige ondervinding en skeiding van ouers*
- *begrip van hospitalisasie en mediese prosedures*
- *kind se intelligensie en ontwikkelingsvlak*
- *liggaamlike versteuring en verminking vanweë siekte*

### **1.9.6 Verspreiding van die intervensie produk**

Die potensiele mark vir hierdie tipe intervensie wissel vanaf gesondheidsorginstellings soos hospitale en klinieke, terapeute in privaatpraktyk tot ouers wat oor die nodige vaardighede beskik om die program tuis te implementeer met enkele wysigings. Professions soos maatskaplike werk, opvoedkundige instansies soos skole en kleuterskole, asook sielkunde en speltherapie kan by hierdie program baat vind. Dit kan egter slegs plaasvind indien die gemeenskap ingelig word aangaande die bestaan van so 'n program, en vereis dus bemerking in, en bewusmaking van, die gemeenskap. Die nodige opleiding van voornemende gebruikers word noodsaaklik geag, en as voorwaarde gestel vir die benutting van die program. Tegnieuse ondersteuning van verbruikers word hierbenewens ook nog onderneem.

## **1.10 VOORONDERSOEK**

### **1.10.1 Literatuurstudie**

Volgens De Vos (1998:64) word 'n literatuursoektog onderneem ten einde 'n beter begrip te vorm van die aard en wese van 'n probleem wat vir studie geïdentifiseer is. Die volgende literatuurbronne is as deel van die voorondersoek bestudeer:

- 'n RGN-soektog is namens die navorser geloods deur die Akademiese Inligtingsentrum van die Universiteit van Pretoria, om te kon bepaal tot watter mate navorsing oor die onderwerp reeds gedoen was. Dit het afgehandelde navorsing ingesluit, sowel as navorsing wat nog in proses was. Hieruit het dit

- geblyk dat daar nog geen navorsingsondersoeke op nasionale vlak gedoen is oor voorbereiding van die pre-primêre kind op hospitalisasie nie.
- Sowel nasionale verhandelinge as internasionale bronne vanuit die V.S.A, Australië en Brittanje is in die literatuurstudie benut.
  - ‘n Leemte aan benutbare literatuur en veral aan beskikbare Suid-Afrikaanse bronne is ondervind oor voorbereiding op hospitalisasie, en resente bronne, sowel nasionaal as internasionaal het min oor die onderwerp bevat.

### **1.10.2 Konsultasie met Kundiges**

Daar is gesprekke gevoer met die volgende kenners op die gebiede van hospitalisasie, speltherapie, die kind in die pre-primêre kleuterfase, mediese prosedures, en behandeling van siek kleuters:

- Liani Steenekamp – Arbeidsterapeut uit die V.S.A (North Carolina), en kenner op die gebied van rehabilitasie van gehospitaliseerde kinders is geraadpleeg oor relevante inligting oor hoe ‘n voorbereidingsprogram vir hospitalisasie van kleuters ontwikkel en geïmplementeer kan word.
- Dr. Johnny Lotter – ‘n baie bekende pediater wat betrokke is by Pretoria-Oos Privaathospitaal is geraadpleeg oor mediese prosedures en behandeling, asook oor hoe kleuters dit beleef.
- Die volgende oor-neus-en-keel spesialiste is genader oor sowel die uitvoerbaarheid van studie as die skryf van die program en verwysing van pasiënte: Drr. Nitius du Plessis, Irman Henkel, en Gustaf Joyce.
- Dr. Carla Winter – Speltherapeut in privaatpraktyk, is genader aangaande die uitvoerbaarheid en prosedures van die studie, vanuit ‘n spelterapeutiese benadering.
- Dr. Louise Kruger – Kliniese sielkundige in privaatpraktyk was genader oor die uitvoerbaarheid van die studie, samestelling van terapisessies, die kleuterfase van ontwikkeling, asook oor meting.
- Die betrokke bestuur (Suster Kühne) en personeel van Pretoria-Oos Privaathospitaal (Suster Moira Bignaut, Hoof, Kindersorgafdeling) – is genader

- vir toestemming (bylae 1) en om praktiese reëlings te tref vir die navorsingstudie, hospitaaltoere en ondersteuning van die studie deur die hospitaal.
- Prof. Rina Delpont – lektor aan die departement Maatskaplike werk (UP), is genader oor praktiese uitvoerbaarheid van die navorsingstudie, keuse van navorsingsmetodiek, asook die opstel en keuse van gestruktureerde waarnemingsinstrument.
  - Dr. Marietjie Yssel – lektor aan die departement Maatskaplike werk (UP), was uiters behulpsaam met die opstel en keuse van gestruktureerde waarnemingsinstrument, asook uitvoerbaarheid van die intervensieprogram se inhoud.
  - Mev. Rina Owen - departement Statistiek (UP), was betrokke by die opstel van die finale produk, in terme van die gestruktureerde waarnemingsinstrument. Sy het ook die verwerking van die empiriese data gekoördineer.

Na aanleiding van gesprekke met bogenoemde kenners, gaan die uitvoerbaarheid van die studie vervolgens aandag geniet.

### **1.10.3 Uitvoerbaarheid van die ondersoek**

Die uitvoerbaarheid van die studie is met bogenoemde kenners bespreek. Die nodige toestemming (bylae 1) en verloop van die studie is by Pretoria-Oos Privaathospitaal verkry om terapeutiese intervensies en hospitaaltoere aan te bied. Die terapeutiese sessies is by Pretoria-Oos Privaathospitaal uitgevoer met al tien respondente, en dit het die impak van die hospitalisasie as sulks baie verlig. Die respondente was dus met opname reeds gewoond is aan die reuke, klanke, personeel, en roetines van die opset. Op hierdie wyse het die kleuter sy persepsie van ‘n “vreemde seermaakplek” verwissel na ‘n “plek wat my beter maak en waarmee ek gemaklik is”, aangesien hy vir agt agtereenvolgende kere daar ‘n aangename leer- en spelondervinding geniet het.

Die respondente vir die studie, is verwys op grond van vrywillige deelname deur die spesialiste. Die kriteria waarop respondente verwys is en tot die studie betrek is, was onder meer:

- tussen die ouderdom van 3 en 6 (soos op datum van aanvang van terapie);
- Afrikaans- of Engelssprekend;
- minder ernstige operasies wat hospitalisasie vir hoogstens twee dae impliseer; en
- seuns sowel as dogters.

Die spesialiste wat reeds aan die respondente bekend was, en reeds vertrou word, het die verwysing en deelname van respondente vergemaklik. 'n Inligtingsbrief is aan die ouers verskaf, waarna 'n tuisbesoek aan die gesin gebring is om die aard en prosedures van die projek duidelik te maak, sou hulle bereid wees om daaraan deel te neem. Skriftelike toestemming deur middel van die ingeligte toestemmingsdokument (bylae 3), is deur die respondente se ouers tydens die eerste sessie (tuisbesoek) aan die navorser verskaf. Tydens hierdie sessie het kontraksluiting in terme van deelname aan die navorsing plaasgevind, waar die ouers ook die inligting van voornemende respondente vraelys (bylae 2) voltooi het. Die dokters het vanaf die respondente asook hulle voogde toestemming verkry om hulle inligting aan die navorser bekend te maak. Die infrastruktuur waarbinne die studie gedoen is, was uiters gunstig en maklik toeganklik vir beide die navorser en die respondente. Siende dat die navorser naby aan die hospitaal woon, asook die pasiënte wat die hospitaal besoek, was dit 'n koste-effektiewe studie. Hierdie studie was van wesenlike waarde vir genoemde hospitaal se kindersorgeenheidspersoneel, dokters asook teaterpersoneel, aangesien dat dit hulle taak vergemaklik het as gevolg van gemotiveerde, voorbereide, en minder angstige kinderpasiënte en ouers.

'n Kontraktuele- (soos bo vermeld) en vertrouensverhouding is met die respondente en hulle ouers gesluit, nadat al die betrokke aspekte van die studie, sowel as vertroulikheid, aan hulle verduidelik is. Die finale besluit om deel van die studie uit te maak, het dus by hulle berus. Hierdie werkwyse het die risiko uitskakel van ongemotiveerde respondente, wat nie terugkeer vir terapiessessies nie. Alle genaderde ouers was met die eerste oogopslag uiters geneë om aan die studie deel te neem, en baie belangstellendes moes



weggewys word, weens die beperkte aard van die steekproef, asook weens 'n tydaspek vir afhandeling van die studie, met dien verstande dat dit moontlik in die toekoms as 'n standaarddiens vir die hospitaal gelewer kan word.

#### **1.10.4 Toetsing van program/meetinstrument**

Die voortoets van die program, waarnemingsinstrument en meetinstrument, is reeds onder punt 1.9.4 beskryf. 'n Gestruktureerde waarnemingsinstrument wat uitreagerende gedrag soos in punt 1.2 vervat, is in samewerking met dr. Marietjie Yssel en Mev. Rina Owen ontwikkel. Hierdie instrument het laasgenoemde gedrag omskryf, sowel as die intensiteit en frekwensie daarvan. Twee respondente wat nie aan die studie deelgeneem het nie, is genader om die meetinstrument te toets, waartydens die werking daarvan ook aan die navorsingsassistent verduidelik was.

### **1.11 OMSKRYWING VAN DIE UNIVERSUM, AFBAKENING VAN STEEKPROEF, EN WYSE VAN STEEKPROEFNEMING**

#### **1.11.1 Omskrywing van die Universum**

Die universum of populasie van 'n studie word volgens Bless & Higson-Smith (1995:85) beskryf as die totale omvang van objekte, gebeure of groep mense wat deur die onderwerp van die navorsing insluit word, en waaruit die navorser beoog om data te verkry. Dane (1990:336) omskryf die populasie as al die moontlike elemente wat deel van 'n studie kan uitmaak. Vir hierdie studie het die universum dus bestaan uit:

- alle pre-primêre kleuters (tussen die ouderdom van ongeveer drie en ses jaar) wat in Pretoria-Oos Privaathospitaal minder ernstige mediese prosedures of behandeling deur genoemde spesialiste ontvang het, gedurende die periode Augustus 2003 tot November 2003.

### 1.11.2 Afbakening van steekproef en wyse van steekproefneming

Doelgerigte steekproeftrekking word volgens De Vos (1998:198) omskryf as: “...a type of sample based entirely on the judgement of the researcher, in that a sample is composed by elements which contain the most characteristic representative or typical attributes of the population”. Vir die doeleindes van hierdie navorsing is ‘n literatuurstudie oor die dinamika van hospitalisasie gedoen sowel as voorbereiding vir die pre-primêre kleuterfase, op grond waarvan respondente geselekteer is deur ‘n doelgerigte steekproef, uit die pasiëntebasis van genoemde spesialiste. ‘n Doelgerigte steekproef bepaal dat die navorser vir hierdie studie ‘n steekproef persone moes saamstel, wat volgens haar oordeel die kenmerkende eienskappe van die betrokke populasie besit het, naamlik kleuters tussen die ouderdom van drie en ses, wat via die betrokke spesialiste by die genoemde instansie aangedoen het vir mediese prosedures.

Aangesien alle respondente in die universum nie deel van die studie kan uitmaak nie, is twintig respondente met behulp van ‘n doelgerigte steekproef geselekteer. Dit is gedoen op grond van kennis wat vanuit die literatuurstudie verkry is, waar respondente doelgerig betrek is indien hulle sekere eienskappe of karaktertrekke geopenbaar het. Hierdie steekproef het bestaan uit ‘n eksperimentele groep en ‘n vergelykende groep, wat op grond van dieselfde kriteria geselekteer is (vergelyk 1.10.3), naamlik:

- *kleuters tussen die ouderdom van 3 en 6 jaar (by aanvang van terapie);*
- *seuns sowel as dogters;*
- *wat minder ernstige mediese prosedures ondergaan het, en vir hoogstens 2 dae gehospitaliseer was,*
- *Afrikaans en Engelssprekend;*
- *20 respondente.*

Ouderdomme van die respondente in die twee groepe, is sover as moontlik uitgebalanseer, ten einde die mees betroubare resultate te kon verkry. Met ander woorde, respondente is so geselekteer vir die twee groepe, dat daar min of meer ewe veel drie-, vier-, vyf- en sesjarige respondente in beide groepe was. Geslag was nie 'n veranderlike wat tydens hierdie studie getoets is nie, daarom het die geslag tydens keuse van respondente nie so ernstig aandag geniet nie. Ten spyte hiervan het die navorser geslag as 'n belangrike tussenveranderlike geag, daarom is vyf seuns en vyf dogters telkens in die twee groepe ingesluit, om die resultate van die navorsing so betroubaar moontlik te maak. Hoewel daar verskille tussen seuns en dogters se reaksies op hospitalisasie bestaan, kan hierdie verskil tydens 'n volgende studie van naderby ondersoek word.

Die aanvanklike respondente, soos deur die spesialiste verwys, is op grond van 'n waarskynlikheidseleksie oor die periode Augustus 2003 tot November 2003 ingesluit by die populاسie waaruit 'n doelgerigte steekproef getrek is. Nadat die eerste vyf seuns en vyf dogters in die eksperimentele groep ingesluit is, wat die karaktertrekke en eienskappe van die universum besit het, was tien respondente op dieselfde wyse vir die vergelykende groep gekies.

### **1.12 ETIESE ASPEKTE**

Etiese aspekte verwys, aldus Strydom in De Vos (1998:24), na die raamwerk van morele beginsels wat deur 'n individu of groep voorgestel word, en wat op 'n breë basis aanvaar word. Dit bied reëls en verwagte gedrag aangaande die mees korrekte optrede in navorsing, teenoor respondente, borge, ander navorsers, assistente, en studente. Etiese aspekte wat van belang was vir hierdie studie behels onder andere:

- skade aan respondente;
- ingeligte toestemming;
- skending van privaatheid;
- misleiding van respondente;

- aksies en bevoegdheid van die navorser;
- bekendmaking en publikasie van bevindinge;
- herstel van die respondente.

### 1.12.1 Skade aan respondente

Vanuit die aard van die betrokke navorsingstudie waar daar met jong kinders gewerk was, is dít 'n baie belangrike aspek. De Vos (1998:25) ag dit noodsaaklik dat daar sorg gedra behoort te word vir die respondente se emosionele sowel as fisieke welstand. Die navorser is van mening dat kleuters wat betrokke is by terapeutiese intervensie, emosionele skade kan opdoen indien die navorser nie bedag is op die uniekheid van elke kind se ontwikkeling, temperament, en intelligensie nie. Die kind se selfbeeld en sy psigososiale ontwikkeling kan geskaad word deur onvanpaste aktiwiteite en terugvoer van die terapeut. Fisieke skade in hierdie studie kon opgedoen word deur sowel die speel met mediese instrumente tydens mediese spel, as tydens die benutting van kunsmedia wat die kleuter in sy mond kon druk, ensovoorts. 'n Verdere aspek van belang was dat die navorser moes toesien dat sowel die kind, as sy ouers die volle impak van die navorsing besef, wat ongemak en slegte emosionele ervarings kon insluit.

Aangesien daar vir die doeleindes van die mees betroubare resultate, 'n vergelykende groep gebruik moes word, wat nie die terapeutiese intervensie ontvang het nie, het die navorser beoog om alle moontlike emosionele skade wat aangerig kon word aan hierdie respondente, met opvolg-terapiesessies te neutraliseer indien nodig, of om die kind te verwys vir verdere terapie. Dít was 'n uiters netelige etiese aspek vir die navorser, aangesien dit nie vir haar moontlik was om enige kind te kon kies wat nie voordeel uit hierdie studie sou trek nie. Wat positief hiertoe bygedra het, is dat daar wel ouers is wat van mening was dat hulle kinders nie voorbereiding nodig het nie, en heeltemal in staat is om die situasie te hanteer. Wanneer die navorser hulle dan nie kon oortuig dat hulle kind werklik onskatbare baat by die studie gaan vind nie, het sy dan wel toestemming by die ouers gekry om hierdie kinders in die vergelykende groep te betrek vir waarneming. Twee kinders waarvan die ouers wel belang gestel het in voorbereiding, is die

vergelykende groep betrek, vanweë onvoldoende tyd om hulle voor te berei. Hierdie ouers het daartoe ingestem omdat hulle die waarde van die voorbereiding terdeë begryp het, en wou hê dat ander kinders hierby baat vind, sowel as toekomstige baat vir hulle eie kinders.

### **1.12.2 Ingeligte toestemming**

Hierdie aspek het vir die beoogde studie behels dat die navorser moes toesien dat daar, alle relevante inligting oor die doel, doelwitte, prosedures, werkwyses, regte van respondente, vertroulikheid, voordele, nadele, asook gevare van die studie, tydens oriëntasie van die gesin tot die studie aan die gesin beskikbaar gestel moes word. Die navorser het dit haar prioriteit gemaak om volledige en akkurate inligting oor bogenoemde aspekte mondelings sowel as in die vorm van 'n toestemmingsbrief (ingeligte toestemmingsdokument in bylae 3) oor te dra, en te bevestig. Op hierdie wyse kon respondente dan 'n ingeligte besluit neem om deel van die studie uit te maak al dan nie, asook om vroegtydig daarvan te onttrek. In hierdie studie was die kleuters egter wettig en sielkundig nie in staat om hulle toestemming tot die ondersoek te verleën nie, en is skriftelike toestemming en vrywaring van die ouers of voogde verkry, tesame met 'n kontraktuele ooreenkoms wat die nodige beskerming aan beide partye verleën het. Die navorser het ook gesorg dat daar geen verskuilde agendas vir die respondente se deelname bestaan nie, soos 'n verpligte gevoel om deel van die studie te wees, blote nuuskierigheid, of om verveeldheid hok te slaan nie.

### **1.12.3 Misleiding van respondente**

Misleiding van respondente behels volgens De Vos (1998:27) die verskaffing van onakkurate inligting aan respondente, sodat hulle sal toestem tot die ondersoek, waar hulle andersins deelname sou geweier het. Die hoofredes wat hiervoor aangevoer kan word is:

- Ten einde die ware doel van die studie van die respondent te weerhou
- Om die ware funksie van die respondente se aksies te verbloem
- Om die ondervindinge wat hulle moontlik mag ervaar te probeer wegsteek

Daar is in hierdie studie gesorg dat die korrekte en volledige inligting oor die aard van alle aspekte en fases van die studie blootgelê word, veral omdat dit jong kinders se lewens baie negatief kan raak.

#### **1.12.4 Skending van privaatheid**

Volgens De Vos (1998:27) behels die skending van privaatheid die oortreding van 'n respondent se reg tot selfbeskikking, en inmenging in privaatheid. Vir die doeleindes van hierdie studie is daar gesorg dat respondente en hulle ouers self die keuse tot deelname gee. Anonimiteit en vertroulikheid is met oorleg hanteer, veral as dit by konkrete inligting oor 'n respondent gekom het, byvoorbeeld inligting op rekenaar of geskrewe inligting. Geen derde partye is vir inligting genader sonder die medewete van respondente nie, en data-insameling is so respekvol as moontlik benader, soos wat die studie dit toegelaat het.

#### **1.12.5 Aksies en bevoegdheid van die navorser**

Die navorser het vanuit haar studies, privaat praktyk, en vrywillige werk vir FAMSA genoeg ondervinding opgedoen van terapeutiese intervensie met kinders, om haar toe te laat om hierdie navorsing met vrymoedigheid te kon loods. Die nodige supervisie het bestaan in die vorm van studieleiding vanaf Prof. M.S.E du Preez sowel as Dr. Kotie Joubert, sou daar ter enige tyd struikelblokke opgeduik het. Prof. Du Preez het as die navorser se promotor opgetree tot na afloop van die empiriese studie, waarna sy die land verlaat het en Dr. Joubert by haar oorgeneem het vir die afhandeling van die studie. Die redes vir die studie asook die eerbiediging van etiese aspekte blyk duidelik vanuit hierdie hoofstuk. Korrekte prosedures is deur die navorser gevolg, ongeag finansiële implikasies soos reiskostes, ensovoorts.

#### **1.12.6 Bekendmaking en publikasie van bevindinge**

Die navorser het korrekte en objektiewe resultate van die studie gepubliseer en het die leemtes van die studie duidelik gestel, sodat verdere navorsing suksesvol hierop kan

voortbou. Vertroulikheid en anonimiteit het voorkeuraandag geniet, deurdat respondente van skuilname voorsien is by bekendmaking van inligting oor terapeutiese intervensie en gevallestudies. Die respondente en hulle ouers is daarvan verwittig en van skuilname voorsien alvorens bevindinge gepubliseer was. Die resultate is ook aan die Universiteit van Pretoria en Pretoria-Oos Hospitaal bekend gemaak.

### **1.12.7 Herstel van respondente**

Die navorser het gesorg dat terapeutiese intervensie nie prematuur beëindig is, slegs omdat die navorsing voltooi was, en die nodige resultate bekom is nie. 'n Tuisbesoek en telefoniese kontak is na ontslag met elke kleuter deurloop, waar ondervindinge en emosies deurgewerk kon word. Enige wanopvattinge en waninterpretasies wat uit die navorsingstudie voortgevloei het, kon tydens hierdie sessies uitgeklaar word, alhoewel dit nooit voorgekom het nie. Op hierdie wyse is skade geminimaliseer, en waar nodig kon die kleuter verder vir terapie verwys word, na gelang van die situasie. Na afloop van die studie is daar ook met opvolg onderhoude gepoog om enige skade te herstel, wat aan die vergelykende groep aangerig sou kon gewees het (soos die behoefte bestaan het). De Vos (1998:34) is laastens van mening dat die terminering van terapeutiese intervensies met groot oorleg hanteer behoort te word.

### **1.13 LEEMTES EN BEPERKINGS VAN DIE STUDIE**

Die belangrikste beperkings en leemtes wat die navorser in haar navorsingstudie kon identifiseer is die volgende:

- Weens die omvang van die navorsingsprojek waar die primêre fokus van die studie op die voorbereiding van die kleuter geval het, is daar min tyd afgestaan aan die voorbereiding van die kleuter se ouers, broers en susters. Aspekte soos reaksies van die kind op narkose, pyn, en ongemakhantering tuis (veral dag 5 van mangeloperasies, waar simptome vererger) is kortliks met ouers deurgewerk. Die

aanbeveling kan gemaak word dat 'n kort oerleidingprogram saamgestel word, omdat ouers se angst deurwerk na hulle kinders. Dit kan in 'n hardekopie aan hulle verskaf word om self deur te werk, of in 'n paar sessies met hulle hanteer word, na gelang van die situasie.

- Om nege sessies met jong kleuters deur te werk is baie tydrowend vir die terapeut asook vir die kind en sy ouers. Aangesien langer sessies nie moontlik is nie, vanweë kleuters se kort aandagspan, moes meer, maar korter sessies dus geïmplementeer word, wat baie heen en weer ryery vir die ouers beteken het. Die navorser moet toegee dat die ouers in die studie baie positief was oor die studie en die resultate, wat hierdie leemte minder intens gemaak het.
- Aan die ander kant het dit gebeur dat pasiënte te vinnig geskeduleer was vir hospitalisasie, wat veroorsaak het dat baie pasiënte as gevolg daarvan nie die voordeel van die voorbereiding kon kry nie. Die navorser beveel aan dat sessies gekombineer kan word, byvoorbeeld liggaamsbeeldaktiwiteite en mediese spel, sodat die kleuter sy liggaamsbeeld aftrek en in dieselfde sessie voorberei op die operasie. Die terapeut moet hier sorg dat die aktiwiteite ingekort word waar nodig, om die sessie nie te lank te maak nie, veral by die jong kind met 'n kort aandagspan. Twee opeenvolgende sessies op 'n dag, met 'n kort breuk tussenin kan ook met sukses geïmplementeer word, sodat ouers minder heen en weer hoef te ry. Op hierdie wyse kan kinders in korter periodes voorberei word.
- Die aard van die sessies wat spel-georiënteer is, maak dit ook moontlik om meer aktiwiteite na mekaar te doen, as waar die kind op 'n formele wyse feite sou moes verkry. Sessies kan dus met die helfte verminder word as dit nodig sou wees. Die ideaal is steeds meer speelyd in die hospitaalopset, om kleuters met die omgewing bekend te maak.
- 'n Verdere beperking is geïdentifiseer, naamlik die gebrek aan beskikbare Suid-Afrikaanse benutbare literatuur, asook die gebrek aan resente bronne, nasionaal en internasionaal, oor voorbereiding op hospitalisasie.
- Slegs 10 respondente is tydens die hoofondersoek in elke groep betrek, wat die steekproef baie klein laat reflekteer. Die rede vir die klein getal respondente verwys weer terug na die tydrowende aard van individuele intervensie, aangesien dit nodig is



om 'n kleuter individueel voor te berei, sodat die terapeut nie 'n aspek miskyk nie, asook weens die jong ouderdom van die teikengroep. 'n Verdere rede vir die beperkte aantal respondente was dat die navorser 'n beurs vir die studie verkry het, wat 'n tydaspek op die navorsing geplaas het. Ten spyte hiervan was die resultate vir hierdie studie egter wel veralgemeenbaar, deurdat gebruik gemaak is van verdelingsvrye toetse. Dit het by uitstek positief gereflekteer, nie slegs op grond van resultate van die kwantitatiewe meting nie, maar ook kwalitatief deur die menings van dokters, narkotiseurs, pasiënte, en veral pasiënte se ouers.

## 1.14 DEFINISIES VAN HOOFKONSEPTE

### 1.14.1 Hospitalisasie:

Hospitalisasie van 'n kleuter word deur Louw (1994:289) geag as 'n stresvolle gebeurtenis, waarvoor die kleuter nog nie oor genoeg begrip van tyd en afstand beskik nie, en dit gevolglik uiters moeilik vind om te verstaan. *H.A.T.* (1979: 413) bevat die volgende omskrywings: “**hospitalisasie:** opneming en behandeling van siekes in hospitale”, “**hospitaliseer:** na 'n hospitaal stuur, daarin opneem” en “**hospitaal:** ...inrigting vir die mediese versorging en behandeling van siekes; siekehuis”. Volgens die *Oxford Dictionary* (1984:354) kan hospitalisasie verklaar word as “...to send or admit a patient to a hospital institution providing medical and surgical treatment and nursing care for ill or injured people”. Hospitalisasie van 'n kleuter impliseer derhalwe opname in 'n mediese struktuur, vir 'n mediese prosedure van een of ander aard, wat gevolglike skeiding van ouers, liggaamlike inperking, onbekendheid van omgewing, en pynlike mediese prosedures kan meebring. Die navorser is ook van mening dat hospitalisasie isolasie van sensoriese stimuli tot gevolg het, wat kan lei tot eensaamheid en regressie.

### 1.14.2 Voorbereiding:

Die *H.A.T.* (1979: 413) omskryf **voorberei** as: **1.** Vooraf gereedmaak, klaarmaak; ... **2.** Langsaam en versigtig op die hoogte bring; vooraf ontvanklik maak ... **3.** ... Jou

vir iets gereedhou ...” Die *Oxford Dictionary* (1984:581) sien voorbereiding as: “Preparing for being prepared for something, things done to make ready”, terwyl dit na iemand wat voorberei is verwys as: “...to be ready or disposed in some way, or be willing to do something”. Die navorser is van mening dat voorbereiding van die kleuter op hospitalisasie, daarop dui dat die kleuter se kennisvlak dus optimaal versadig moet word met dit wat hom te wagte is tydens sy opname-periode, gedrag en reaksies wat van hom verwag sal word, asook die fisieke en emosionele impak wat sy ondervinding moontlik op hom sal hê.

### **1.14.3 Pre-primêre kleuterfase van ontwikkeling:**

Hierdie besondere ontwikkelingsfase impliseer vir die navorser vanuit die literatuur laat kleuterjare, ongeveer drie jaar tot en met voorskoolse ouderdom van ongeveer ses- tot sewejarige ouderdom. Waar die kleutertydperk vanaf ongeveer twee- tot sesjarige ouderdom strek (Louw, 1994:243), impliseer bogenoemde periode dus laat kleuterjare tot en met skoolgaande ouderdom. Petrillo & Sanger (1980:44) ag ter ondersteuning van laasgenoemde outeur die pre-primêre fase en die voorskoolse fase as sinoniem, wat ‘n kind in sy laat kleuterjare impliseer, tot en met voorskoolse ouderdom, met ander woorde tussen 3½ en 6½ jaar. Piaget (in Muller *et al.*, 1992:63) verwys volgens haar fases van intellektuele ontwikkeling na hierdie tydperk as die pre-operasionele fase, naamlik die kind tussen die ouderdom van 2 en 7 jaar.

### **1.14.4 Speltherapie:**

Spel is ‘n natuurlike medium van uitdrukking vir kinders; daarom dat Axline (1992:9) speltherapie omskryf as ‘n geleentheid vir ‘n kind om op ‘n natuurlike wyse gevoelens en probleme uit te speel. Volgens Gous, Louw, Meyer & Plug (1997:288) verwys speltherapie na ‘n psigoterapeutiese tegniek waarmee die terapeut probeer om die kind die geleentheid te gee om op verbale en nie-verbale wyse, uitdrukking aan sy gevoelens te gee. Die navorser is van mening dat speltherapie dus ‘n middel tot ‘n doel is, wat die geleentheid bied vir diep

emosionele uitdrukking op 'n nie-bedreigende wyse, wat aanleiding gee tot bewustheid van gevoelens en die konstruktiewe hantering daarvan.

#### 1.14.5 Uitreagerende reaksies:

Uitreagerende reaksies word in hierdie studie bedoel as reaksies soos in punt 1.2 omvat, naamlik:

- **Overte/aktiewe reaksies:** Hierdie reaksies sluit onder meer die volgende gedrag in: huilerigheid, vasklou aan ouers, onwilligheid om mediese behandeling te ontvang, verset teen medikasie, destruktiewe gedrag (breek van speelgoed ensovoorts), vrees vir dood, irritasie, skreeu, veranderende slaappatrone, gedrag wat ang oor skeiding aandui, gewelddadigheid, ontwrigtende gedrag, ongeduld, stel van eise, onverskilligheid, oormatige skaamheid, woede, hiperaktiwiteit, frustrasie, aggressie, verhoogde polsslag, verhoogde bloeddruk, en koors. (Vergelyk Hart *et al.*, 1992:10; Klinzing & Klinzing, 1977:4; Muller *et al.*, 1992:87; Tuma, 1982:48 en Van der Mescht, 1995:31.)
- **Passiewe reaksies:** Passiewe reaktiewe gedrag verwys na: oormatige slaap, weiering om te eet of drink, onttrekking, verminderde kommunikasie, en interaksie met ander, depressie, sosiale onttrekking, belewenisse van wanhoop en hulpeloosheid, teruggetrokkenheid, en 'n apatiese houding. (Vergelyk Hart *et al.*, 1992:10; Klinzing & Klinzing, 1977:4; Tuma, 1982:49 en Van der Mescht, 1995:31.)
- **Regressiewe reaksies:** Gedragsveranderinge soos uitvalle (tantrums), leerprobleme, fobies, wisselende woedebuie, enuresis, enkoprese, hernude totale afhanklikheid, byt van naels, wieg van liggaam, duimsuig, kruip, nagmerries, onrealistiese vrese vir die dood, fantasieë, onbevoegdheid om basiese funksies van loop, praat en self-eet en self-aantrek uit te voer, totale onttrekkingsgedrag, skeidingsang, onrealistiese skaamheid, kermrigheid, behoefte om bottel en fopspeen te drink, verlies aan selfkontrole soos toiletgewoontes, verswakte intellektuele funksies, selfbewustheid, onbeheerste aggressie, asook regressie na

minder komplekse gebruik van spelpatrone en speelgoed. (Vergelyk Hart *et al.*, 1992:10; Klinzing & Klinzing, 1977:4; Muller *et al.*, 1992:87; Orr, 1992:78, 80; Tuma, 1982:47, 49 en Van der Mescht, 1995:30-32.)

#### 1.14.6 **Angstigheid:**

Angstigheid word deur die *H.A.T.* (1979: 49) omskryf as “ ... **1.** “Vervul met angs ... **2.** Wat angs veroorsaak... **3.** Wat angs uitdruk ...” Die *Oxford Dictionary* (1984:28) omskryf dit as “...eagerness, a state of being worried or concerned. Troubled and uneasy in mind.” Volgens Louw (1994:129,132,426) sien die kenmerke van angstigheid en paniekversteurings baie dieselfde daaruit, naamlik: “...’n periode van intense vrees of ongemak, wat met die volgende simptome gepaardgaan: kortasem of ‘n gevoel van versmoring, duiseligheid, gevoelens van onvastheid of dofheid, versnelling van hartklop, bewerigheid, sweterigheid, naarheid of maagongesteldheid, ‘n lamheidsgevoel of om iets onbeheersd aan te vang, somatiese klagtes, maagpyn, ‘n knop in die keel, probleme om aan die slaap te raak en ‘n gevoel van senuweeagtigheid.” Van Niekerk (1986:92) is van mening dat kinders met angsversteurings dikwels as skaam, skugter, oorafhanklik en oorsensitief kan voorkom.

#### 1.14.7 **Vrees:**

Die *H.A.T.* (1979:1322) omskryf vrees as: “... om jou te bekommer oor iets wat ongewens is”. Onder die lemma “vrees” in Plug, Meyer, Louw, Gous (1987:390) word daar terugverwys na die lemma “angst”, wat soos volg verklaar word: “’n Toestand wat gekenmerk word deur akute spanning, benoudheid en fisiologiese reaksies soos versnelde hartklop en oormatige sweet. Dit verskil van vrees in dié sin dat dit meer chronies van duur is en nie gekoppel kan word aan ‘n definitiewe objek of situasie nie.” Vrees moet derhalwe beskou word as ‘n toestand wat gekenmerk word deur akute spanning, benoudheid en fisiologiese reaksies soos versnelde hartklop en oormatige sweet en wat nie chronies is nie, maar eerder gekoppel kan word aan ‘n definitiewe objek of situasie. Die *Oxford Dictionary* (1984:296) verwys na vrees as “Sudden or extreme fear of a person or a thing looking grotesque or ridiculous. Fill with fright, force or drive away by fright.” Van Niekerk (1986:93) is van mening dat vrees by kinders in die ouderdom 5 tot 12 jaar baie denkbeeldig is, en kan vrees openbaar vir denkbeeldige kreature soos hekse, dinosourusse en ook vir baie ander onwaarskynlike situasies. Vrees kan

verskeie manifestasievorme aanneem maar sommige vrese is feitlik universeel, instinktief en aangebore. Navorsing toon dat kinders onder 8 jaar se vrese meer konkreet gebonde is, byvoorbeeld vrees vir voorwerpe, diere en situasies wat hulle liggaamlik kan skend of benadeel, soos hospitalisasie.

### 1.15 INDELING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Hoofstuk 1:</b> | Inleidende hoofstuk: Oriëntering tot die ondersoek  |
| <b>Hoofstuk 2:</b> | Die kind in sy pre-primêre kleuterfase van ontwikkeling   |
| <b>Hoofstuk 3:</b> | Teoretiese fundering van hospitalisasie as stressor vir die pre-primêre kleuter.  |
| <b>Hoofstuk 4:</b> | Vorbereiding van die kleuter op hospitalisasie deur middel van spelterapeutiese intervensie.  |
| <b>Hoofstuk 5:</b> | ‘n Speltherapeutiese program vir die voorbereiding van kleuters op hospitalisasie, en mediese behandeling van siekte.   |
| <b>Hoofstuk 6:</b> | Empiriese bevindinge van die studie:<br>Deel I: Interpretasie van bevindinge vanuit die kwalitatiewe benadering.  |
| <b>Hoofstuk 7:</b> | Deel II: Interpretasie van bevindinge vanuit die kwantitatiewe benadering.<br>Deel III: Integrasie van bevindinge vanuit die kwalitatiewe en kwantitatiewe benaderings. |
| <b>Hoofstuk 8:</b> | Algemene samevatting, gevolgtrekkings en aanbevelings.  |

### 1.16 SAMEVATTING

- In hierdie hoofstuk word ‘n globale oorsig van die navorsingstudie verskaf waarin daar gedui word op die tendens van trauma wat hospitalisasie vir die kleuter mag impliseer, asook die wyse waarop die studie geloods gaan word, naamlik onder die opskrifte werkswyse, ontwerp, metodologie en doelstellings en doelwitte.
- Tydens die motivering van die keuse van onderwerp het die moontlike impak wat die trauma van hospitalisasie op ‘n kleuter kan hê, en as uitreagerende gedrag, swak skoolprestasie, leerprobleme, regressie en emosionele probleme manifesteer, duidelik na vore bekom.
- Die probleem is duidelik geformuleer in hoe kinders se fase van ontwikkeling ‘n invloed uitoefen op die wyse waarop hulle gebeurde in die wêreld rondom hulle

begryp, en hoe hulle siekte en hospitalisasie sien en verstaan. Ernstige onderbrekings en problematiek wat in 'n fase van ontwikkeling beleef word, mag 'n negatiewe invloed uitoefen op optimale groei en bemeestering van take. Hospitalisasie en siekte kan gesien word as so 'n gebeurtenis wat 'n definitiewe negatiewe implikasie vir die kind in sy vroeë kinderjare inhou.

- Die doelstellings en doelwitte het ten doel gehad om te poog om hierdie spanning en angs wat trauma van hospitalisasie tot gevolg het, te minimaliseer sodat dit nie 'n onderbreking word in die kleuterfase van ontwikkeling nie.
- Die doelwitte fokus op ontwikkeling van insig, verbalisering van vrees en angs, hantering deur spelterapeutiese intervensie en gevolglike bemeestering, nie slegs van die situasie op hande nie, maar ook van toekomstige onbekende en spanningsvolle situasies wat die kind mag beleef.
- 'n Hipotese is vir die studie gestel wat impliseer dat indien 'n kleuter op 'n spelterapeutiese wyse voorberei word op hospitalisasie en siekte, dan sal hy minder geneig wees tot angs en vrees vir die belewenis, met gevolglike minder uitreagerende reaksie (soos vir die doeleindes van die studie omskryf in punt 1.14.5).
- Hierdie studie maak gebruik van 'n gekombineerde benadering van kwalitatiewe en kwantitatiewe meting, met spesifieke verwysing na Creswell se dominante-minder-dominante model. Die navorsing soos vir hierdie studie van belang was, was hoofsaaklik vanuit 'n dominante kwantitatiewe benadering onderneem (gestruktureerde waarnemingsinstrument as natoets), met 'n minder dominante kwalitatiewe meting (veldnotas tydens terapeutiese intervensie en onderhoude met ouers).
- Intervensienavorsing is as die soort navorsing vir die studie geïdentifiseer en bespreek, terwyl kwasi-eksperimentele navorsing in die vorm van 'n natoetsontwerp vir 'n vergelykende groep (Comparison group post-test design) gebruik is, ten einde die rykste en mees betroubare moontlike vorm van data te bekom.
- In hierdie navorsing is daar dus beoog om die studie van 'n enkele onderwerp herhalend te loods, om te bepaal watter effek 'n voorbereidingsprogram sal hê op die reaksie van 'n kind wat gehospitaliseer gaan word.
- Slegs die eksperimentele groep, en nie die vergelykende groep nie, het dus die terapeutiese intervensie ontvang, waarna daar met albei groepe dieselfde natoets (herhaalde meting) onderneem was, ten einde die effek van die intervensie te kon meet.
- Die voorondersoek is bespreek: die literatuurstudie, konsultasie met kundiges, die uitvoerbaarheid van die studie, en die toetsing van die program en vraelys.

- 
- Die populasie wat vir hierdie studie van belang was, word omskryf as alle kleuters tussen die ouderdom van 3 en 6 jaar van beide geslagte, wat vir die periode Augustus 2003 tot November 2003 by Pretoria-Oos privaathospitaal opgeneem was vir mediese prosedures.
  - 'n Doelgerigte steekproef is geselekteer, sodat persone wat die eienskappe van die populasie besit, betrek kon word. Ewekansige toewysing het dus nie plaasgevind nie.
  - Die wyse waarop aandag aan die etiese aspekte verskaf was, is volledig bespreek.
  - Die beperkings en leemtes van die ondersoek word breedvoerig aan die leser voorgedhou en bespreek.

Die kind in sy pre-primêre kleuterfase van ontwikkeling word vervolgens breedvoerig in hoofstuk 2 beskryf.